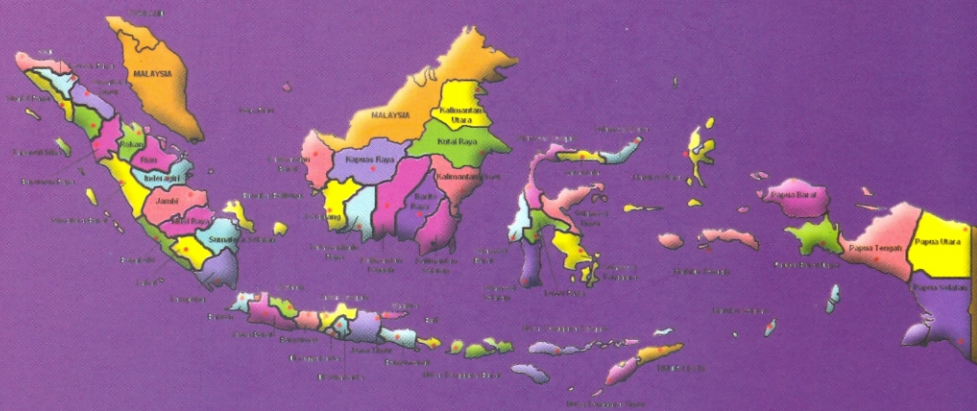




BUKU II

PEDOMAN PELAKSANAAN PENDAMPINGAN PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

2011

BUKU-II

**PEDOMAN PENDAMPINGAN
PENANGGULANGAN DAERAH
BERMASALAH KESEHATAN**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA**

JAKARTA 2010

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Tuhan Yang Maha Esa, yang atas karuniaNya telah dapat kita susun dan terbitkan Buku-II Pedoman Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan, melengkapi diterbitkannya Buku-I Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan. Kepada para kontributor penyusunan buku ini, saya ucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya, semoga hasil karya Saudara semuanya bermanfaat bagi pencapaian tujuan Kementerian Kesehatan melakukan terobosan Pendampingan dalam Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan.

Saya mendengar bahwa terdapat banyak pemikiran dan cita-cita untuk memperkuat para Pendamping dengan suatu Pedoman yang sempurna, dengan dukungan peralatan / *tools* yang lengkap dan aplikatif, yang kita sudah sering katakan sebagai *Pendamping Kit*, atau *P-DBK Kit*. Agar dengan Kit tersebut seorang Pendamping akan tinggal sekali *KLIK* semua telah berjalan dengan baik. Kiranya cita-cita itu selain memang sulit diwujudkan, juga memang tidak pernah ada sebuah Pedoman yang sangat sempurna.

Kiranya Pedoman ini cukup memadai untuk mendukung sebuah langkah awal, dari sebuah gerakan pendampingan. Meskipun pendampingan adalah kegiatan yang hampir setiap hari dilakukan oleh pejabat atau staf kantor pusat Kementerian Kesehatan bagi Daerah, pendampingan kali ini dimaksudkan berbeda dengan yang telah terjadi. Pendampingan dinilai sebagai upaya inti dalam Penanggulangan-DBK, setelah selama ini Kementerian Kesehatan menerbitkan Buku Pedoman, meluncurkan Bantuan Dana, bahkan juga infrastruktur kesehatan lain, guna mendukung keterlaksanaan kebijakan dan ketercapaian sasaran pembangunan kesehatan.

Dengan terus memohon limpahan karuniaNya sambil terus bekerja keras dan bekerja cerdas, kiranya Pedoman ini menjadi pemicu bagi proses pendampingan dalam Penanggulangan-DBK yang berkualitas. Dengan harapan semakin banyak Kabupaten-DBK memutuskan untuk menghentikan proses pendampingan dalam waktu secepat-cepatnya karena proses pelayanan kesehatan di Kabupaten-DBK telah berjalan dengan baik didukung pelaksanaan sistem kesehatan daerah yang dinamis, ditandai meningkatnya secara signifikan IPKM, lebih cepat, dibandingkan

dengan Kabupaten lain, sehingga meningkat Rankingnya, dan masyarakat menikmati derajat kesehatan yang lebih tinggi.

Amin.

BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat 2010-2014 menetapkan **Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK)** sebagai salah satu kegiatan unggulan untuk menghilangkan hambatan (*debottlenecking*) dalam penyelesaian masalah kesehatan terutama di Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Bentuk kegiatan P-DBK ini adalah melakukan pendampingan bagi daerah dalam pengembangan dan aplikasi Model Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) yang pada akhirnya diharapkan terjadi peningkatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM).

Dalam proses perjalanan pengembangan konsep dan rencana pelaksanaan penanggulangan DBK di tingkat nasional disepakati bahwa penanggulangan DBK terdiri dari pengembangan model intervensi spesifik bagi setiap daerah dan pelaksanaan model intervensi di daerah tersebut melalui 4 (empat) tahapan yaitu : (1) Perlunya Intervensi/ Tindakan Spesifik bagi setiap DBK, (2) Penyediaan Pendamping dan Pemberian Pendampingan, (3) Meningkatkan Koordinasi dan Integrasi Perencanaan, Pelaksanaan, Monev dan Replanning Lintas Program Kemenkes bagi setiap DBK, dan (4) Membangun Kesepahaman antara Pimpinan Daerah, Pimpinan Kemenkes, dan Pimpinan Kemendagri

Pendamping yang dibutuhkan dalam program ini diharapkan memiliki kemampuan dalam manajerial yang baik, *leadership* dan

kemampuan mengkoordinasikan berbagai pihak dalam menjalankan perannya sebagai *penstimulir*, *fasilitator* dan *liaison officer*.

Dalam penyelenggaraan pendampingan di daerah DBK diperlukan penguasaan berbagai pengetahuan dan strategi yang dapat diterapkan secara spesifik sesuai situasi daerah, sehingga diperlukan acuan dalam melaksanakan perannya sebagai pendamping, maka disusunlah Pedoman Bagi Pendamping Dalam Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan-DBK. Penyusunan pedoman tersebut merupakan instrumen untuk menyatukan langkah dan persepsi pendamping dalam rangka P-DBK.

Dengan adanya kesamaan persepsi dan langkah-langkah yang diterapkan secara spesifik daerah akan dilahirkan model penanggulangan DBK sesuai kebutuhan daerah yang seharusnya dapat mengakselerasi pencapaian target IPKM di daerah

2. Tujuan dan Sasaran

a. Tujuan Umum

Tujuan penyusunan buku Pedoman Bagi Pendamping Dalam Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan-DBK adalah untuk memberikan petunjuk langkah-langkah yang harus dilakukan oleh para pendamping di daerah, sehingga masing-masing daerah dapat menghasilkan suatu model P-DBK yang bersifat kreatif spesifik daerah sesuai permasalahan yang ada.

b. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penyusunan buku Pedoman Bagi Pendamping Dalam Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan-DBK adalah untuk

- (1) memberikan gambaran peran dan fungsi pendamping dalam penanggulangan DBK
- (2) memberikan pedoman tentang langkah-langkah pelaksanaan pendampingan
- (3) memberikan pedoman dalam melaksanakan sosialisasi kepada daerah tentang pengenalan daerah bermasalah kesehatan dan upaya penanggulangannya
- (4) memberikan pedoman dalam mendampingi daerah untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan audit public health, audit manajemen dan audit surveillance
- (5) memberikan pedoman dalam mendampingi daerah untuk melaksanakan perencanaan terpadu
- (6) memberikan pedoman dalam mendampingi daerah untuk melaksanakan advocacy dan negosiasi
- (7) memberikan pedoman dalam mendampingi daerah untuk melaksanakan sosialisasi komitmen daerah tentang model intervensi spesifik daerah
- (8) memberikan pedoman dalam mendampingi daerah untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi
- (9) memberikan pedoman dalam melaksanakan fungsi liaison officer dan katalisator

c. Sasaran

Sasaran buku Pedoman Bagi Pendamping Dalam Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan-DBK adalah seluruh

individu yang mendapatkan tugas menjadi Pendamping Daerah dalam Penanggulangan DBK.

BAB II PERAN DAN TUGAS POKOK PENDAMPING

1. Peran Pendamping

Petugas Pendamping Penanggulangan-DBK di kabupaten diharapkan dapat menjalankan peran dan fungsi dengan baik. Adapun peran pendamping dalam Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan, adalah bahwa pendamping harus mampu berperan sebagai *Penggerak*, dan mampu berperan sebagai *Penstimulir*, bukan menggantikan fungsi petugas daerah namun tetap dapat bergerak aktif bersama tim daerah, serta mampu melakukan *Mentoring* dan *Katalisator* serta *Penghubung (liason officer)* dalam Penanggulangan-DBK

2. Tugas Pokok Pendamping

Tugas Pendamping dalam Penanggulangan DBK adalah *mendampingi daerah kabupaten* dalam hal:

- a. *menganalisis masalah* mulai dari Analisis Situasi Kesehatan (audit *Public Health*), Analisis Kinerja (audit *surveillance*), Analisis Ketersediaan Sumber Daya (audit Manajemen Umum), sampai dengan Analisis Penerapan Tatalaksana (audit Manajemen Kasus)
- b. *merencanakan program intervensi secara terpadu* dengan menggunakan teori – teori perencanaan terpadu seperti P2KT (Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu) untuk melahirkan program kesehatan terpadu di tingkat kabupaten, maupun *best practices* lainnya. Pendamping bertugas untuk mendorong kelancaran proses perencanaan terpadu sehingga *terwujud dokumen perencanaan terpadu*.

- c. *mengadvokasikan* hasil analisis dan perencanaan sampai melahirkan konsensus dan komitmen dari pemerintah daerah setempat, komitmen tentang pelaksanaan intervensi khusus daerah yang dapat berupa pembuatan kebijakan terobosan baru, penyediaan tambahan sumber daya, perubahan mekanisme kerja ataupun kesepakatan tentang perubahan manajemen umum pada fasilitas kesehatan.
- d. *mensosialisasikan* seluruh komitmen dan rencana intervensi Penanggulangan-DBK di kabupaten yang bersangkutan, baik lintas stake-holder dalam kabupaten maupun ke pusat
- e. *memonitor* pelaksanaan intervensi yang telah disepakati dengan menggunakan instrument monitoring yang disusun dan disepakati bersama tim daerah
- f. *memberi umpan balik (feedback)* atas hasil monitoring dan atas laporan program-kegiatan yang diterima
- g. *replanning* terhadap kegiatan mencapai tujuan didasarkan atas hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan komitmen intervensi
- h. *liason officer* (membantu dan menjembatani komunikasi antara daerah dan pusat) terhadap permasalahan yang ditemukan di daerah yang memerlukan bantuan eksternal dari pusat, dan sebaliknya
- i. *katalisator* untuk pencarian solusi dan membantu mengkomunikasikan permasalahan teknis di lapangan yang belum dipahami daerah ke program terkait
- j. Dalam pelaksanaan tugasnya seorang pendamping dapat menggunakan dan merujuk pada SPIP (sistem pengendalian intern pemerintah) berdasarkan PP 60/2008 untuk melihat faktor resiko internal dan eksternal.

BAB III INDIKATOR KEBERHASILAN PENDAMPINGAN

Indikator keberhasilan pendampingan dapat dirumuskan bersama antara Pendamping dengan Kabupaten-DBK, berikut disampaikan rancangan Indikator yang dapat dikembangkan untuk disepakati.

| | Indikator | Verifikasi | Asumsi | |
|---------------|--|---|--|--|
| Input | Tersusunnya pedoman bagi pendamping | Pedoman bagi pendamping | | |
| | <i>Recruitment</i> pendamping DBK | Jumlah pendamping yang <i>direcruit</i> | Recruitment pendamping tepat waktu | |
| | Terlatihnya pendamping di DBK | Terlaksananya pelatihan bagi pendamping di DBK | Tersedianya pedoman bagi pendamping dan terlatihkan | |
| Proses | Terdampingnya kab-kota perumusan model P-DBK | <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya langkah-langkah pendampingan • Terumuskannya Model P-DBK | <ul style="list-style-type: none"> • Pendamping memahami materi training P-DBK | |
| | Tersusunnya integrated planning dari Model P-DBK Kabupaten | Terdapat dokumen perencanaan yang didasarkan planning terintegrasi | Dapat mengorganisir, dorong, manajemen, koordinasi | |
| | Terciptanya komitmen dan konsensus | Terselenggaranya Advokasi, sosialisasi | Pendamping memiliki kesempatan, leadership | |
| | Ter-aplikasi model P-DBK di DBK Kabupaten | Laporan progress aplikasi model P-DBK | <ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan seluruh integrated planning • Terdapatnya <i>resource supporting (kebijakan, sumber dana, sumber daya)</i> | |
| | Terlaksananya Asistensi Pusat ke DBK dan konsultasi DBK ke pusat (pusat –daerah) | Adanya feedback dari pusat ke daerah | <ul style="list-style-type: none"> • terselenggaranya konsultasi daerah dan pusat • tersedianya dukungan pembiayaan • dukungan kebijakan dari program terkait | |
| | Output | Terlaksananya Review model P-DBK | Disepakatinya model P-DBK secara spesifik Kabupaten yang telah disempurnakan | <ul style="list-style-type: none"> • Ada model P-DBK di Kabupaten yang diimplemnetasikan • Pendamping dan tim daerah mampu |

| | | | |
|----------------|---|---|--|
| | | | mereview model P-DBK yang telah dilaksanakan dan mampu memilah keberhasilan atau bukan |
| | Terpermetakannya berbagai model P-DBK | Terdokumentasinya berbagai model | Semua review model dianalisis, dipetakan dan lesson learned dan dibuat summary |
| | Terlasanya Sharing best practices sebagai input dalam pengembangan kebijakan kesehatan ke depan | Terselenggaranya workshop sharing best practice | Kesepakatan antar pelaksana program dan pendamping |
| outcome | Terjadinya perbaikan status kesehatan (peningkatan IPKM) | Risesdas Tahun 2013 | |

BAB IV TAHAPAN PENDAMPINGAN

Dalam pelaksanaan pendampingan di kabupaten-DBK dilakukan proses kegiatan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. SOSIALISASI P-DBK

Sosialisasi tentang P-DBK untuk meningkatkan *sense of belonging* Daerah terhadap masalah kesehatan di wilayahnya. Sosialisasi sebagai langkah awal ini harus benar-benar mampu memberikan pemahaman dan kemudian kenyamanan bagi Daerah atas kegiatan pendampingan sebagai bagian penting atau inti dari Penanggulangan-DBK, agar terhindar dari pemahaman bahwa Pendampingan adalah Pengawasan Pusat kepada Daerah, juga terhindar dari kesan sebagai memata-matai Daerah. Adapun langkah-langkah yang perlu dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- a. Membangun pemahaman yang benar mengenai konsep, tujuan dan penyelenggaraan Penanggulangan-DBK di kalangan internal Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit, serta Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) lainnya;
- b. Menyampaikan masalah disparitas kesehatan dan upaya terobosan untuk menghilangkan sumbatan (*debottlenecking*) dalam penyelenggaraan upaya kesehatan melalui Penanggulangan-DBK kepada Pemerintah Daerah dan sector terkait;
- c. Perlu dicari pendekatan khusus sesuai sosial budaya dan politik setempat agar apa yang disampaikan dapat memudahkan Tim Pusat memasuki Daerah dan daerah mau membuka diri / menyampaikan apa yang menjadi masalahnya secara mendasar. Situasi perlu diatur sedemikian rupa dan perlu pemilihan pendekatan (*approach*) yang tepat untuk penyajian

- potret status kesehatan sehingga langkah kedua dan ketiga dapat dilaksanakan dengan baik.
- d. Potret status kesehatan Kabupaten dapat dikemas dalam bentuk indikator yang sudah biasa dikenali Daerah seperti indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan atau MDGs yang tercermin dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dan *reminding* atas risiko sosial dan ekonomi yang akan terjadi apabila permasalahan kesehatan ini muncul ke permukaan.
 - e. Dalam sosialisasi perlu diuraikan gambaran resiko ekonomi secara komprehensif sehingga resiko besarnya kerugian (kehilangan uang) yang harus ditanggung oleh pemerintah daerah dapat diketahui, dan mengarahkan pola pikir daerah untuk dapat diajak berorientasi secara logis dan mampu melihat bahwa kesehatan merupakan modal pembangunan dengan pola penerapan Manajemen by *objective dengan* konteks berpikir berwawasan kesehatan.
 - f. Dengan pola sosialisasi yang baik sesuai suasana budaya dan politik setempat akan menimbulkan kesadaran penuh atas potret daerah tersebut, sehingga daerah memahami dan sepakat bahwa daerahnya dalam kondisi yang dikategorikan sebagai daerah bermasalah kesehatan. Dengan kesadaran atas potret daerahnya diharapkan seluruh proses dan langkah pendampingan DBK sudah dapat dimulai.

2. IDENTIFIKASI MASALAH

Untuk membangun konsensus dan komitmen Daerah diperlukan berbagai langkah yang dimulai dari pendampingan

identifikasi masalah secara bersama-sama, dan menetapkan Konsensus atas langkah-langkah intervensi, yang selanjutnya diikuti dengan menyusun Perencanaan terpadu dengan konsep *integrated planning*, dan diikuti kegiatan Monitoring dan evaluasi dan apabila perlu dilakukan – *replanning intervensi*.

Kegiatan *Empowerment* yang terdiri dari *Health system capacity building*, *Health system Strengthening*, *Health system Enhancing Performance* dilakukan pada daerah yang secara *resources* telah mencukupi namun belum mampu mencapai target SPM.

a. Audit / telaah Public Health (Analisa Situasi Kinerja Kesehatan Masyarakat

Audit Public Health atau analisa situasi adalah suatu audit atau identifikasi/telaah-analisis terhadap keadaan pencapaian atau kinerja pelayanan kesehatan masyarakat.

Contoh Audit Public Health :

untuk identifikasi kekurangan sumber air minum, sarana prasarana air minum, dan lain-lain dikembangkan program "WSSLIC" (*water supply and sanitation for low income communities*) dengan pendekatan "*Demand response approach*" – karena pendekatan ini tidak berhasil maka kemudian dilakukan OR (*operasional research*) dan dikembangkan model pendekatan (*approach*) terkini dengan "konsep *jijik*"

"WSSLIC" sekarang diganti dengan Penyediaan Air Minum dan Sanitasi berbasis Masyarakat (PAMSIMAS)

b. Audit Manajemen

Audit manajemen dapat dilakukan dengan mengacu pada Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan yang terdiri dari 6 (enam) sub-bidang dan 13 sub-sub bidang sesuai PP NO 38/ tahun 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922 tahun 2008. Ke 6 (enam) sub-bidang tersebut adalah Upaya Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Obat dan Perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat dan Manajemen Kesehatan.

Ke enam sub-bidang tersebut mengandung 13 sub-sub bidang, yang dapat diuraikan sebagai berikut.

- 1) Sub-bidang upaya kesehatan terdiri dari 4 (empat) sub-sub bidang yaitu pencegahan dan pemberantasan penyakit, lingkungan sehat, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat;
- 2) Sub bidang pembiayaan kesehatan terdiri dari 1 (satu) sub-sub bidang yaitu Sub-sub bidang pembiayaan kesehatan masyarakat,
- 3) dan sub bidang sumber daya manusia terdiri dari 1 (satu) sub-sub bidang yaitu peningkatan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan.
- 4) Sub bidang Obat perbekalan kesehatan terdiri dari 1 (satu) sub-sub bidang yaitu ketersediaan, pemerataan, mutu obat dan keterjangkauan harga obat serta perbekalan kesehatan.
- 5) Sub bidang pemberdayaan masyarakat terdiri dari 1 (satu) sub-sub bidang yaitu pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat berperilaku hidup sehat dan pengembangan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM)

- 6) Sub bidang Manajemen Kesehatan yang terdiri dari 5 (lima) sub-sub bidang yaitu sub-sub bidang kebijakan (antara lain NSPK kesehatan), penelitian dan pengembangan kesehatan, peningkatan pengawasan dan akuntabilitas, dan sub-sub bidang pengembangan SIK

Audit manajemen terdiri dari Audit Manajemen Umum dan Manajemen Manajemen Kasus

a) Audit Manajemen Umum

Audit Manajemen Umum adalah suatu audit atau identifikasi/telaah-analisis terhadap pengelolaan umum pelayanan kesehatan, mulai dari perencanaan sampai penetapan kebijakan di berbagai tingkat untuk mengetahui *core problem*.

Audit Manajemen umum dapat dilakukan terhadap manajemen umum pada tingkat makro yang sangat besar (level pengambilan kebijakan) dan dapat pula dilakukan pada tingkat mikro yang sangat sempit areanya (level operasional).

Dalam Kepmenkes No.922/ tahun2008; manajemen kesehatan merupakan salah satu dari ke enam sub-bidang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan. Dimana untuk sub-bidang manajemen kesehatan ini terdiri 5 (lima) sub-sub bidang yaitu Norma Standar Pedoman dan Kriteria (NSPK), Penelitian dan Pengembangan (Litbang), Kerja Sama Luar Negeri (KSLN), akuntabilitas dan pengembangan SIK.

Pada tataran ini, pelaksanaan manajemen kesehatan dapat di audit menggunakan audit manajemen umum dan masuk dalam

kategori manajemen umum tingkat makro pada level pengambilan kebijakan.

Sesungguhnya pengambilan kebijakan tidak hanya berada pada sub-bidang manajemen kesehatan saja, pada setiap sub-bidang yang diatur dalam Kepmenkes 922/2008 semuanya mengandung kebijakan, namun sifatnya sedikit berbeda karena bukan hanya mengandung manajemen kesehatan secara umum tetapi juga mengandung manajemen khusus.

Adapun untuk manajemen umum pada tataran operasional atau tingkat mikro adalah manajemen umum di Puskesmas. Buku Pedoman Manajemen Puskesmas yang dapat diacu antara lain adalah Buku Perencanaan Tingkat Puskesmas; Lokakarya Mini Puskesmas, Penilaian Kinerja Puskesmas sedangkan rujukan untuk untuk peningkatan manajemen umum dapat dilihat pada Buku *Best Practices Family Health and Nutrition (FHN)*, *Intensify Communicable Diseases Control (ICDC)*, *District Health Services (DHS)*, *Public Health and Population (PHP)*, *Health Project (HP) I-V*.

Contoh konkrit manajemen umum pada tataran operasional atau tingkat mikro yang dapat dilihat langsung misalnya adalah :

- (1) manajemen umum penyelenggaraan operasional Puskesmas,
- (2) bagaimana distribusi tenaga kesehatan dalam ruang lingkup kesehatan secara keseluruhan, mulai dari RS, Dinas Kesehatan, Puskesmas yang menjadi satu kesatuan tenaga kesehatan yang akan meningkatkan derajat kesehatan daerah secara bersama-sama

- (3) bagaimana pengelolaan tata administrasi pendaftaran, dan pelayanan pasien di Puskesmas/RS dilaksanakan (*service delivery management*)
- (4) bagaimana tata kelola kebersihan gedung mulai dari RS, Dinas Kesehatan, Puskesmas
- (5) bagaimana tata kelola kegiatan luar gedung Puskesmas
- (6) bagaimana tata kelola obat, arsip, dan lain-lain

b) Audit Manajemen Kasus

Audit Manajemen Kasus adalah suatu audit atau identifikasi/telaah terhadap pelaksanaan pengelolaan kasus/penyakit (bagian / ranah medis pelayanan kesehatan)

Audit manajemen kasus ini dapat dilakukan terhadap program yang berada dalam Sub-bidang upaya kesehatan, khususnya program (sub-sub bidang) pencegahan dan pemberantasan penyakit dan program (sub-sub bidang) pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat.

Contoh manajemen kasus yang diselenggarakan di Puskesmas antara lain adalah manajemen kasus AFP (Acute Flacid Paralysis), penanganan kasus rujukan, KIPI (kejadian ikutan pasca imunisasi), AMP (Audit Maternal Perinatal)

c) Audit Surveillance

Audit surveillance adalah suatu audit/atau telaah identifikasi yang didasarkan pada pendekatan surveillance.

Filosofi yang perlu diperhatikan dalam audit surveillance adalah bahwa bagaimana caranya agar dengan sumberdaya terbatas (*limited resources*) bisa menghasilkan capaian kinerja yang unlimited.

Contoh konkrit yang pernah dilaksanakan oleh proyek ICDC adalah dengan membentuk

- (1) Tim Epidemiologi Surveillance Propinsi (*Provincial Epidemiology Surveillance Team=PEST*)
- (2) Tim Epidemiologi Surveillance Kabupaten (*District Epidemiology Surveillance Team=DEST*)
- (3) Tim Epidemiologi Surveillance Puskesmas (*TEPUS*)

yang terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait, dilanjutkan dengan membentuk jaringan kerja lintas sector yang bersifat kontinyu.

Untuk audit kesehatan lingkungan melalui Surveillance penyakit berbasis lingkungan. Audit Surveillance yang telah diterapkan di Ditjen P2PL dalam deteksi dan penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB) telah diadopsi oleh program lainnya untuk deteksi dan penanganan kasus ibu hamil resiko tinggi dan malnutrisi. Audit surveillance untuk deteksi dan penanganan kasus ibu hamil resiko tinggi telah dikembangkan PWS KIA yaitu Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak, stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang anak (SDIDTK)

Audit surveillance untuk deteksi dan penanganan kasus gizi buruk dikembangkan PWS Gizi Masyarakat yang melibatkan lintas sektor terkait pangan dan gizi.

Audit surveillance ini dapat dilakukan terhadap semua program yang berada dalam Sub-bidang upaya kesehatan yaitu

program pencegahan dan pemberantasan penyakit, lingkungan sehat, perbaikan gizi masyarakat.

3. HASIL IDENTIFIKASI MASALAH

Hasil identifikasi masalah sebaiknya dilakukan pemetaan masalah, penetapan prioritas masalahnya, besaran masalah, dan rencana solusi

a. Pemetaan Masalah

Hasil analisis dalam bentuk Peta kekuatan dan kelemahan Kabupaten dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pemetaan data dimulai dari peta capaian kinerja sampai ketersediaan tenaga. Pendamping bertugas meyakinkan daerah untuk menyajikan peta data tentang;

- (1) Peta Kinerja pelayanan (setiap indikator SPM, IPKM) – hasil dari audit Public Health
- (2) Peta Masalah dalam manajemen umum pelayanan (tenaga, hubungan lintas sector, dan lain-lain) – hasil dari audit manajemen umum
- (3) Peta Masalah dalam manajemen kasus dalam pelayanan kesehatan– hasil dari audit manajemen kasus

Secara ringkas pemetaan hasil identifikasi masalah dapat dibuat korelasi atau padanan antar indikator, yaitu indicator SPM (Permenkes 741 -2008) dan urusan pemerintahan bidang kesehatan (PP no 38/2007 & Kepmenkes 922/2008).

1) Pemetaan capaian indikator (hasil audit public health)

Permenkes 741-2008 (PP no 38/2007 & Kepmenkes 922/2008).

INDIKATOR SPM :

1. CAKUPAN DESAJEKELURAHAN UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION
2. CAKUPAN PENEMUAN DAN PENANGANAN PENDERITA PENYAKIT (ISPA,AFP,TBC,DIARE,DBD).
3. CAKUPAN DESAJEKEL. MENGALAMI KLB YG DILAKUKAN PENYELIDIKAN EPID < 24 JAM



SUB BID Pencegahan & Pemberantasan Penyakit :

1. SURVEILANS EPIDEMIOLOGI DAN PENYELIDIKAN KLB
2. PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR BERPOTENSI WABAH DAN KOMITMEN GLOBAL
3. PENANGGULANGAN MASALAH KESAKIT BENCANA DAN WABAH

INDIKATOR SPM :

1. CAKUPAN PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI ANAK 6-24 BULAN
2. CAKUPAN BALITA GIZI BURUK MENDAPAT PERAWATAN.



SUB BID PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT :

1. PENYELENGGARAAN SURVEILANS GIZI BURUK
2. PENYELENGGARAAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK
3. PERBAIKAN GIZI KELUARGA

INDIKATOR SPM :

1. CAKUPAN KUNJUNGAN BUMIL K4
2. CAKUPAN KOMPLIKASI KEBIDANAN YANG DITANGANI
3. CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALIAN OLEH NAKES
4. CAKUPAN PELAYANAN NIFAS
5. CAKUPAN NEONATUS DGN KOMPLIKASI YANG DITANGANI
6. CAKUPAN KUNJUNGAN BAYI
7. CAKUPAN PELAYANAN ANAK BALITA
8. CAKUPAN PENJARINGAN KES. SISWA SD
9. CAKUPAN PESERTA KB AKTIF
10. CAKUPAN YANKES DASAR MASYARAKAT MISKIN
11. CAKUPAN YANKES RUJUKAN MASKIN
12. CAKUPAN PELAYANAN GAWAT DARURAT LEVEL 1 DI SARANA KESEHATAN (RS)



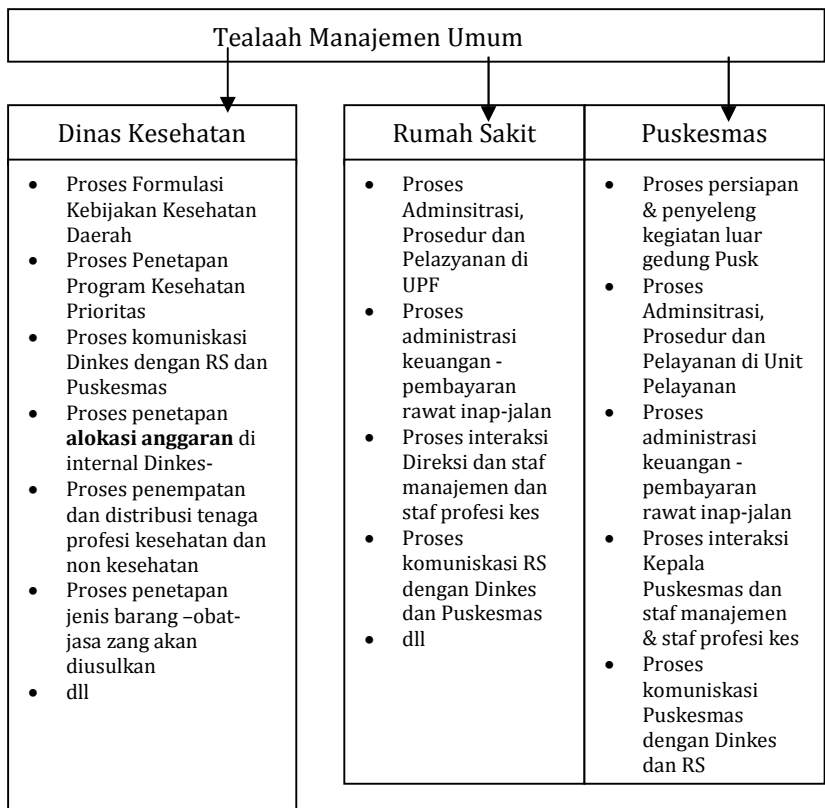
SUB BID PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN & MASYARAKAT

1. PELAYANAN KESEHATAN DASAR DAN RUJUKAN SEKUNDER



2) Pemetaan hasil audit manajemen umum

Untuk memudahkan pembacaan hasil telaah manajemen umum dapat dipetakan dengan menggunakan alur – algoritma. Salah satu contoh bentuk algoritma yang digunakan sebagai gambaran adalah sebagai berikut



Untuk memetakan seluruh hasil identifikasi masalah dalam satu gambaran algoritma dapat mengacu pada algoritma penanganan daerah bermasalah kesehatan pada lampiran buku I (buku Pedoman Umum Penanggulangan DBK)

3) *Pemetaan hasil audit surveillance*

Pemetaan PWS KIA, PWS Gizi dan Surveillance Penyakit.

b. Penetapan Prioritas Masalah

Apabila berbagai masalah telah ditemukan, maka perlu dilakukan penetapan prioritas masalah; Salah satu model penetapan prioritas masalah yang dapat digunakan antara lain metode *Multiple Criteria Utility Assessment (MCUA)*

Basic Priority Rating, MCUA dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Membuat tabel MCUA yang terdiri dari kolom nomor, kolom kriteria, kolom bobot, dan kolom masalah.
- b. Kriteria dan bobot diletakkan pada baris, masalah diletakkan pada kolom
- c. Kriteria diberi bobot sesuai seberapa pentingnya kriteria tersebut dibanding kriteria yang lain.
- d. Tiap masalah diberi nilai dibanding dengan masalah lain terhadap kriteria yang sama.
- e. Nilai setiap masalah merupakan hasil konsensus semua anggota tim
- f. Nilai dikalikan dengan bobot kriteria adalah skor.

- g. Jumlah skor terbanyak merupakan masalah yang diprioritaskan.
- h. Kriteria ditentukan berdasarkan beberapa faktor, antara lain banyaknya orang yang dirugikan, tidak dipenuhinya harapan pelanggan, kemampuan mengatasi masalah, dan faktor politis.

Contoh Pengisian Tabel MUA

| No | Kriteria | Bobot | Masalah 1 | | Masalah 2 | | Masalah 3 | |
|-------|-------------------------------------|-------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| | | | Nilai | NB | Nilai | NB | Nilai | NB |
| 1 | Banyaknya orang yang dirugikan | 4 | 6 | 24 | 10 | 40 | 8 | 32 |
| 2 | Tidak dipenuhinya harapan pelanggan | 3 | 8 | 24 | 10 | 30 | 6 | 18 |
| 3 | Kemampuan mengatasi masalah | 5 | 9 | 45 | 8 | 40 | 10 | 50 |
| 4 | Faktor politis | 2 | 6 | 12 | 10 | 20 | 8 | 16 |
| Total | | | | 105 | | 130 | | 116 |

Dalam menentukan prioritas masalah dengan menggunakan MUA disyaratkan perbedaan skor antar masalah > 10 %, dan penilaian di atas sudah memenuhi syarat tersebut, sehingga ditetapkanlah masalah 2.

c. Penanganan berdasar Besaran Masalah

Masalah yang ditemukan di daerah berdasarkan hasil audit (manajemen, PH, surveillance); dapat berbentuk masalah yang bersifat ringan dan berat, sehingga masalah tersebut ada yang memerlukan solusi oleh internal Kabupaten tersebut, dan ada yang memerlukan Solusi oleh pusat (eksternal)

Bagaimana caranya apabila ditemukan masalah besar yang memerlukan bantuan solusi intervensi dari pusat?

- Langkah pertama, Pendamping membuat *summary* hasil identifikasi masalah yang ditemukan di daerah
- Lakukanlah penulisan laporan secara tertulis dan dilaporkan pada pertemuan Pendamping PDBK di Pusat (setiap bulan dan atau triwulan),
- Sekretariat PDBK Pusat akan menyiapkan surat tindak-lanjut temuan masalah dilapangan kepada *Unit Utama terkait* untuk membantu menyelesaikan masalah yang memerlukan intervensi pusat. Selanjutnya sekretariat akan membantu dalam hal :
 - Follow up rekomendasi dari Unit Utama terkait
 - Feedback (memberi input kembali kepada daerah)

2. PERENCANAAN TERPADU (INTEGRATED PLANNING)

Dalam menetapkan program intervensi diharapkan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan sisi kuratif dan rehabilitative. Untuk melakukan integrated planning dapat mengacu pada

- modul P2KT (Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu) yang diterbitkan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran, Kemenkes,
- atau dapat juga menggunakan pendekatan lainnya seperti PROSPEK (Pedoman Penilaian dan Peningkatan Kinerja Pelayanan Kesehatan Esensial dalam rangka penerapan SPM di Kabupaten) dari proyek MSH,
- Modul PBF (*Performanc Base Financing*)

- Modul DTSP (district team problem solving) making pregnancy safer

Hasil perencanaan terpadu dilaksanakan melalui Musrenbang (Musyawarah Rencana Pembangunan) dan Jaring Asmara (Jaring aspirasi masyarakat)

3. PEMBIAYAAN DAN SUMBER DAYA

Dalam menyusun pembiayaan untuk penanggulangan daerah bermasalah kesehatan, pada prinsipnya tetap mengacu pada tahapan pemikiran yang meliputi tiga hal besar, yaitu merencanakan pembiayaan, mencari sumber biaya, dan pelaksanaannya mempertimbangkan faktor akuntabilitas dan *auditable*. Oleh karena itu dalam pedoman ini dituangkan tahapan-tahapan tersebut dengan uraian sebagai berikut;

a. Rencana Pembiayaan DBK B/K Jangka Menengah (5 tahun) dan Jangka Pendek (1 tahun)

Prinsip yang harus dipegang untuk merencanakan pembiayaan Program PDBK oleh Pendamping PDBK adalah berpedoman pada seluruh Program-program yang dikembangkan sebagai intervensi guna akselerasi pencapaian /perbaikan indikator **SPM, IPKM, IPM, MDGs**

- 1) Program-program yang dikembangkan sebagai intervensi dalam PDBK (sesuai dengan Komitmen)
- 2) Setiap Program dicari kegiatan apa saja yang diperlukan guna mencapai target dalam PDBK yang telah dikembangkan

- 3) Dari setiap Kegiatan yang menunjang pencapaian Program PDBK dilakukan identifikasi jenis-jenis kegiatan yang memerlukan pembiayaan
- 4) Sifat kegiatan:
Setelah diketahui seluruh jenis kegiatan yang diperlukan, maka selanjutnya diidentifikasi jenis kegiatan manakah yang bersifat operasional langsung, operasional tidak langsung, dan kegiatan yang memerlukan:
 - bahan alat habis pakai
 - bahan / alat peraga
 - biaya perjalan dalam daerah
 - dll
- 5) Untuk jenis kegiatan yang bersifat langsung ke sasaran utama (masyarakat, pasien); lakukan identifikasi tentang jumlah atau frekuensi kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai target program intervensi di DBK yang ditetapkan, apakah harus berulang setiap hari/minggu/bulan atau sesuai kebutuhan
- 6) Lakukan hal yang sama dengan langkah diatas terhadap jenis kegiatan yang bersifat tidak langsung ke sasaran utama tetapi sasaran antara; kemudian lakukan identifikasi tentang jumlah /frekuensi kegiatan tersebut agar target langkah program intervensi di DBK yang ditetapkan dapat dicapai.
- 7) Setelah ditemukan seluruh jumlah/frekuensi kegiatan diseluruh Program Intervensi PDBK, maka seluruh kegiatan tersebut diperhitungkan kebutuhan anggarannya mengacu kepada pedoman penghitungan yang tersedia.

Catatan

Perkirakan juga kemampuan tenaga pendukung pendamping yang akan melaksanakan, karena jika tidak tersedia tenaga pendukung maka frekuensi kegiatan yang telah ditetapkan akan sulit dilaksanakan

Contoh Sasaran antara adalah petugas Puskesmas, bidan desa, tokoh masyarakat, LSM, dll

Propinsi DBK Yaitu Aceh, NTB, NTT, Sulteng, Sultra, Sulbar, Gorontalo, Maluku.

b. Sumber Pembiayaan Potensial Untuk Penanggulangan-DBK

Konsep dasar yang harus tetap dipegang selama pendampingan bahwa seluruh intervensi P-DBK sejauh mungkin tetap menggunakan jumlah dan sumber daya yang ada di daerah tersebut, dan disarankan kepada daerah untuk dapat melakukan *re-alokasi* dan *rekonfigurasi* (menata ulang) sebelum menambah sumber daya.

Adapun sumber – sumber biaya yang dapat dilihat adalah sumber biaya dari APBN dan APBD, termasuk di dalamnya PHLN, serta sumber lainnya yang tidak mengikat.

1) Sumber biaya APBN

Dana APBN yang selama ini telah diluncurkan ke Kabupaten, baik yang melalui RS, Puskesmas maupun program adalah Tugas Pembantuan Rumah Sakit, Jamkesmas Dasar, Jamkesmas Rujukan, Gaji PTT, Bantuan Penanggulangan Korban Bencana.

2) Sumber Biaya APBD

Dana APBD diperuntukkan bagi pelaksanaan Urusan Wajib Kabupaten yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Teknis tentang Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal.

3) Alokasi anggaran Daerah

Alokasi anggaran Daerah mengacu kebutuhan pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal, dipadukan dengan prosentase terhadap keseluruhan belanja daerah.

Jika Daerah tersebut memiliki kapasitas fiskal yang sedang atau rendah maka dapat dilakukan upaya memperoleh perhatian Pusat atau Propinsi.

4) Pola Pendanaan

Penanggulangan DBK bersumber dana pada seluruh dana yang tersedia di Kabupaten yang bersangkutan, baik dana yang bersumber dari Daerah maupun dana dari Pusat, dan juga dana yang bersumber dari Swasta, dan International NGO seperti GTZ, UNICEF, dll.

Seluruh sumber dana tersebut yang sedapat-dapatnya digunakan secara terintegrasi agar terbentuk sinergi positif.

Petugas Pendamping bertugas menyusun rencana kerja dan pembiayaan yang dilakukan bersama-sama dengan daerah.

Pembiayaan

4. ADVOKASI, NEGOSIASI, KOMITMEN

a. Advocacy

Dinas Kesehatan membangun dukungan dari para pemangku kepentingan baik di tingkat pusat maupun di daerah dan dari lembaga eksekutif lainnya (sebagai unit teknis yang terkait dengan kesehatan) maupun dari lembaga legislatif (sebagai institusi yang dapat memberikan dukungan legal, dukungan anggaran serta dukungan pengawasan terhadap upaya terobosan untuk menghilangkan sumbatan (*debottlenecking*) penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah DBK. perlu pula dilakukan upaya mendapatkan dukungan pelaksanaan program kesehatan dari masyarakat (sebagai penerima manfaat).

Adapun langkah-langkah yang perlu dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- 1) Menyusun materi advocacy berdasarkan hasil identifikasi masalah dan perencanaan terintegrasi, termasuk uraian tentang gambaran-distribusi capaian program, ketenagaan, kecukupan biaya operasional, dll
- 2) Materi dikaitkan dengan dampak jangka panjang terhadap sumber daya, kepandaian anak, dan kehilangan-kerugian daerah apabila program kesehatan tidak dilaksanakan sesuai masalah yang dihadapi saat ini dan prediksi dimasa yang akan datang.
- 3) Materi diarahkan untuk kebijakan – model intervensi dan alternative model tertentu dan disajikan dengan cara yang

sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh individu yang berada diluar sector kesehatan, materi yang terlalu kompleks akan membingungkan pengambil keputusan

b. Negosiasi

Apabila dalam proses advocacy mengalami stagnasi sehingga sampai akhir sesi advocacy belum dapat diambil keputusan model intervensi, maka perlu dilakukan tahapan selanjutnya yang berupa negosiasi.

Negosiasi dilakukan dengan bekal hasil identifikasi masalah yang telah ditetapkan prioritasnya berdasarkan pendekatan ilmiah tertentu dan telah disusun model intervensinya. Bekal tersebut selanjutnya didiskusikan secara informal dengan *key stake-holder* (pengambil keputusan kunci), dimana bahan-bahan yang dibawa Petugas pendamping harus siap untuk dimodifikasi sesuai permintaan *key stake-holder* sehingga menghasilkan *win-win solution*.

c. Komitmen

Hasil advocacy dan Negosiasi selayaknya dituangkan dalam suatu komitmen pemerintah daerah, yang dapat berupa suatu kebijakan tertulis dalam bentuk surat Keputusan yang menegaskan langkah-langkah implementasi komitmen atas model intervensi yang dipilih

7. Sosialisasi dan Pelaksanaan Komitmen Model Intervensi

Setelah disepakati model intervensi penanggulangan DBK yang dipilih daerah, maka Petugas Pendamping harus melakukan Sosialisasi atas komitmen model intervensi DBK tersebut kepada seluruh stake-holder terkait, baik internal kesehatan (para programmer pusat dan daerah) dan lintas sektor. Adapun **pesan-pesan** yang harus disampaikan antara lain tentang

- model intervensi penanggulangan DBK yang dipilih
- realokasi dan rekonfigurasi seluruh sumber daya kesehatan dan lintas sektor terkait agar pilihan model intervensi penanggulangan DBK tersebut dapat dilaksanakan dengan baik
- persiapan dan penguatan pelaksanaan

BAB V MONITORING DAN EVALUASI

Tim pendamping pusat dan provinsi secara berkala dan berkesinambungan melakukan monitoring terhadap tim P DBK kabupaten dalam setiap pelaksanaan kegiatan intervensi dalam rangka penanggulangan DBK untuk mengantisipasi adanya potensi hambatan atau masalah dalam penanggulangan DBK.

Pemantauan dan Penilaian Kegiatan pendampingan Penanggulangan DBK K dilakukan secara berjenjang, yaitu dimulai dari Dinkes Provinsi, Kabupaten/Kota, Puskesmas dan jaringan puskesmas.

1. Pelaksanaan Monev

Dilakukan secara berjenjang dengan tahapan Kegiatan monev sebagai berikut

- a. Tim Kabupaten/Kota melakukan monev ke Puskesmas-Desa Pengumpulan (dan analisis) data di tingkat Puskesmas-Desa
- b. Tim Provinsi ke Kab-Kota untuk Pengumpulan (dan analisis) data di tingkat Kab-Kota
- c. Tim Pusat ke Provinsi; Pengumpulan (dan analisis) data di tingkat Provinsi

1) Indikator Keluaran

- (a)** Terselenggaranya monitoring dan evaluasi atas implementasi penyelenggaraan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan

kinerja pelayanan kesehatan di daerah Kabupaten/Kota yang akan memperbaiki peringkat IPKM,

- (b) Dilakukannya identifikasi terhadap masalah-masalah, faktor-faktor pendorong dan faktor-faktor penghambat dalam kerangka pencapaian Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- (c) Terdapat hasil rumusan monitoring pencapaian Pelaksanaan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan di Kabupaten/Kota sebagai masukan dan solusi bagi Kementerian Kesehatan untuk perbaikan program Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan secara nasional.
- (d) Terdapat hasil rumusan rancangan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan di Kabupaten/Kota dengan memperhatikan aspek manajerial, kekhususan daerah dan kesiapan tenaga pelaksana di lapangan.

2) Dokumen Hasil Monev

Terdokumentasinya hasil Monitoring & Evaluasi Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan untuk ditindaklanjuti

2. METODA PELAKSANAAN MONEV

Metode yang digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka monitoring dan evaluasi implementasi Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara.

Mulai cara Pengamatan langsung, membagikan Kuesioner, wawancara, wawancara mendalam dan FGD) tergantung pada masalah yang akan dimonitor atau di evaluasi indikator.

- a) **Wawancara Mendalam:** dilakukan terhadap: (i) Bappeda; (ii) Kepala Dinas Kesehatan atau Pejabat yang ditunjuk untuk mewakili Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- b) Wawancara: dapat dilakukan terhadap Masyarakat langsung, Staf atau para petugas pada bidang yang terkait dengan perencanaan, pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program-program di Kabupaten/Kota
- c) Focus Group Discusión (FGD):

Dapat dilakukan terhadap beberapa kelompok sasaran sesuai kebutuhan eksplorasi topik monitoring

- 1) Untuk **pelaksanaan kegiatan intervensi** dan manfaat intervensi dapat dilakukan eksplorasi melalui FGD dengan sasaran Ketua RT/RW, Kader, pasien, Keluarga, dan Tokoh Masyarakat. Apabila hal ini dilakukan dapat digunakan untuk menggali / eksplorasi akar masalah tentang penyebab rendahnya capaian kinerja
- 2) Untuk pelaksanaan **formulasi kebijakan makro daerah** dapat dilakukan eksplorasi melalui FGD dengan sasaran para pejabat, intelektual setempat dan Tokoh Masyarakat terkait. Apabila hal ini dilakukan dapat digunakan untuk menggali/eksplorasi akar masalah ketidaktepatan keputusan kebijakan.

3. UMPAN BALIK (FEED BACK)

Umpan balik diperlukan untuk membina komunikasi antar Pendamping dan Daerah yang didampingi, dan berfungsi untuk memacu pergerakan proses implementasi intervensi yang telah

disepakati. *Feed back* perlu diberikan secara berkala atas hasil monitoring dan evaluasi, baik hasil monitoring dan evaluasi tersebut termasuk kategori baik maupun belum mencapai target sesuai kesepakatan model intervensi.

Tindakan korektif : Tindakan korektif pada penanganan DBK B/K didasarkan pada derajat keberhasilan pelaksanaan program DBK di kabupaten kota berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi. Adapun kategori keberhasilan adalah

- Kategori Berhasil sesuai tujuan / indicator tercapai 100% dan mempunyai beberapa inovasi
- Kategori Berhasil sesuai tujuan / indicator tercapai 100%
- Kategori tujuan belum tercapai
- Kategori tidak berhasil

BAB VI PENDUKUNG PENDAMPINGAN

Terdapat berbagai dokumen laporan pelaksanaan kegiatan-kegiatan tertentu, di daerah-daerah tertentu, dalam melaksanakan program-program tertentu, dengan dukungan pembiayaan dari sumber rupiah murni dan yang lebih banyak lagi bersumber pinjaman/hibah luar negeri; yang dapat dijadikan acuan, referensi, atau cerminan atas hasil pelaksanaan intervensi-intervensi kesehatan terhadap Daerah, baik teknis maupun manajemen.

Dari dokumen laporan tersebut, bahkan diantaranya adalah hasil riset, terdapat kisah-kisah sukses, di samping kisah-kisah kegagalan dari suatu intervensi. Informasi ini penting bagi Pendamping agar lebih memiliki keluasaan alternatif intervensi atas suatu masalah kesehatan yang dirumuskan oleh daerah, tanpa menjadikannya sebagai obat mujarab yang serba cocok bagi setiap situasi.

Bahkan terhadap beberapa Kabupaten-DBK, di masa lalu, telah dilakukan intervensi intensif dengan dukungan pinjaman/hibah luar negeri, dan dokumen pelaporan atas intervensi tersebut dapat dimanfaatkan secara kreatif dalam Pendampingan ini.

Selain Laporan Pelaksanaan Kegiatan dan Program, terdapat berbagai Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan yang jika difahami secara baik akan sangat membantu pelaksanaan tugas pendampingan; berikut ini daftar beberapa acuan yang dapat mendukung kinerja pendampingan

1. *Kesehatan Ibu* terdiri dari antara lain KIBBLA (Kesehatan Ibu Bayi Balita), DTSP (District Team Problems Solving)
2. *Kesehatan Anak*; terdiri dari antara lain Pedoman Manajemen Aspiksia, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Screening Hyperthyroid, Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK), Anak Usia Sekolah, dan lain-lain
3. *Gizi Masyarakat*; terdiri dari antara lain Program Peningkatan Status Gizi Balita dan Bumil, Buku rujukan Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat, Supervisi Check List, Buku

Pedoman Operasional Program Gizi (misalnya: Buku Surveillance gizi, Sistem Kewaspadaan Dini KLB Gizi Buruk)

4. *Imunisasi (instrumen lengkap)*; terdiri dari Area Specific Plan; LAM (PWS) Imunisasi; *Check List* Supervisi
5. *Kesehatan Lingkungan* terdiri dari antara lain *Water Sanitation and Low Income Community* (WSLIC) kini programnya disebut Pansimas dengan *approach* CLTS (Community Lead Total Sanitation). Misalnya Buang Air Besar, Buang sampah Rumah Tangga (RT), limbah dapur, treatment air di rumah, dll
6. *Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)*; terdiri dari Pencegahan Penyakit Bersumber Binatang, Penyakit Menular Langsung (HIV, AIDs, dan Penyakit Menular lainnya seperti Kusta, TBC), dan instrument Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)
7. *Penyakit Tidak Menular (PTM)*; Penyakit Kanker (portio uteri, Diabitus Melitus, Osteo Porosis, Gangguan akibat Kecelakaan;
8. *Pemberdayaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan*: Buku Pedoman Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan, Standart Ketenagaan;
9. Metode Perhitungan Kebutuhan Biaya untuk Costing SPM Bidang Kesehatan, District Health Account (DHA)
10. Informasi untuk Dukungan Perencanaan di daerah terdiri dari antara lain Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD), Rencana Kerja-Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA SKPD), Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (Renstra Kemenkes)
11. Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP dari PP 60-2008 beserta daftar uji)

BAB VII. FORUM KELAS BERBAGI

Sebagaimana telah diuraikan bahwa seorang Pendamping, idealnya, adalah *Petugas Yang Super*, dia memahami kebijakan secara lengkap, mencakup : latar belakang, kajian empiris, kajian perspektif, kajian interelasi antar kebijakan, dan unsur kebijakan lainnya. Setiap kebijakan yang pelaksanaannya mengikutsertakan Kabupaten-DBK, setiap Pedoman yang diterbitkan oleh Kemenkes yang pelaksanaannya oleh Kabupaten-DBK, dikuasai dengan baik oleh Pendamping.

Petugas Yang Super itu juga berkinerja baik secara teknis, bagaimana mempergunakan setiap alat, bagaimana mengerahkan setiap jenis keahlian, bagaimana menerapkan setiap metodologi yang efektif dan efisien, bagaimana melakukan reparasi atas setiap alat teknis.

Dia juga mengenal dan menjiwai serta pengamal yang baik dari Etos kerja Kementerian Kesehatan yang dikenal dengan *PIREC (Pro-Poor, Inklusif, Responsif, Efisien dan Efektif, dan Clean)*, yang dengan demikian dapat memberikan resonansi kepada para pihak yang didampingi untuk *merefresh* etos kerjanya, beralih dari sekedar melaksanakan perintah menjadi *full-pengabdian* dengan berharap beroleh kemuliaan atas tulusnya pengabdian tersebut.

Pendamping juga Super dalam memamanajemeni suatu entitas pelayanan kesehatan, bahkan entitas Dinas Kesehatan. Sehingga tidak gagap atas pembahasan manajemen Dinas Kesehatan.

Bahkan seorang Pendamping juga harus sangat menguasai seluk-beluk pembiayaan kesehatan, anggaran kesehatan, sebagai bagian dari sistem penganggaran pembangunan di Indonesia, baik melalui Kementerian /Lembaga maupun Daerah Propinsi dan Kabupaten. Lebih-lebih setiap Daerah selalu merasa kekurangan anggaran, selalu menganggap bahwa para pembagi anggaran telah melakukan pembagian secara tidak adil, dan biasanya menganggap bahwa Kementerian Kesehatan tidak secara memadai mendukung Daerah mewujudkan tercapainya Indikator-indikator pembangunan kesehatan. Pusat dinilai banyak menuntut peningkatan kinerja Daerah, kurang memberikan dukungan bagi Daerah.

Pendamping demikian, adalah Pendamping dalam cita-cita. Pendamping yang hanya akan lahir setelah melakukan Pendampingan secara baik dalam kurun waktu yang memadai, beberapa tahun ke depan.

Daerah juga merasa bahwa para pihak di pusat lebih bekerja secara fragmentasi, masing-masing mengutamakan ego programnya, atau ego unitnya; jika harus berurusan dengan Daerah, maka Pusat tidak melalui prosedur baku, tidak melalui koordinator wilayah (Dinas Kesehatan, misalnya), Pusat langsung berurusan dengan unit yang terkait dengan Programnya.

Banyak informasi dari daerah yang telah disampaikan secara serius kepada unit atau pemangku program tertentu, dengan harapan menyebar kepada pihak terkait lain di pusat, dan dengan begitu mempengaruhi kebijakan atas Daerah yang bersangkutan, ternyata tidak demikian halnya.

Lengkaplah sudah ketidaksinkronan terjadi dipelbagai aspek, dipelbagai daerah, diperbagai unit, dipelbagai program; atau paling tidak terjadilah kurang optimalnya sinkronisasi dibandingkan dengan harapan para pihak, di pusat maupun di daerah.

Oleh karena itu diselenggarakan kegiatan sinkronisasi melalui Forum Kelas Berbagi.

Kelas Berbagi terutama sangat dibutuhkan oleh Tim Pendamping. Tim Pendamping adalah perekam terbaik atas setiap keluhan Kabupaten-DBK, adalah perekam terbaik atas ketidakmampuannya menangkap materi diskusi di Kabupaten-DBK dan bukan orang yang melewatkan begitu saja perihal penting yang mengemuka dalam proses pendampingan karena ketidaktertarikannya terhadap materi itu. Tim Pendamping adalah entitas yang haus atas informasi, baik dari pusat maupun daerah, baik teknis, etos, manajemen, dan kebijakan, serta penganggaran.

Kelas Berbagi adalah Forum yang mempertemukan Tim Pendamping dengan para pihak di pusat, para penanggung jawab program, penanggung jawab kegiatan, penanggung jawab perencanaan, penanggungjawab keuangan, penanggungjawab hukum dan ketentuan kesehatan, penanggungjawab sumber daya manusia kesehatan, dan lain-lain penanggung jawab atas setiap sesuatu yang pelaksanaannya membutuhkan kesigapan Daerah. Bahkan juga mempertemukan antar Pendamping, antar Propinsi, atau juga dalam Satu Tim Pendamping Propinsi.

Tim Pendamping menyampaikan catatan-catatan lengkapnya tentang suara Daerah, dan para penanggung jawab di pusat menjelaskan setiap hal yang harus diketahui oleh Daerah

kepada Tim Pendamping. Secara leluasa, teratur, terus menerus, dinamis, *up to date*, dan mencakup berbagai aspek.

Dalam forum-forum yang mempertemukan Pusat dengan Daerah, selama ini, misalnya Rakerkesnas, membahas materi yang sangat luas, dalam keterbatasan waktu, dan keterbatasan para pihak yang terlibat; Kelas Berbagi diharapkan menghasilkan Pendamping-pendamping (menuju) Super, yang kemudian membawa semua pesan bagi Kabupaten-DBK mulai Kepala Dinas hingga Badan dan SKPD-Kesehatan terkait, bahkan hingga Puskesmas dan Desa.

Juga sebaliknya, membawa pesan Daerah untuk Pusat.

Kelas Berbagi membutuhkan Komitmen, baik dari Pendamping maupun Para Nara Sumber. Tanpa Komitmen yang baik, Pendampingan hanya akan makin memperpanjang birokrasi bagi bertemunya kebijakan Pusat dengan pelaksanaan di Daerah. Jika selama ini langsung antara Menteri Kesehatan dengan Dinas Kesehatan, bahkan dengan Tenaga Kesehatan Terpencil (meskipun hanya sekali setahun dalam Rakerkesnas); dengan adanya P-DBK harus ada perantara, yaitu Tim P-DBK. Jika melalui Tim P-DBK ini tidak diperoleh intensitas dan bobot yang lebih baik dalam komunikasi Pusat-Daerah dalam memecahkan permasalahan kesehatan di Kabupaten-DBK, maka ini adalah jalan menuju kegagalan Penanggulangan Kabupaten-DBK.

Kelas Berbagi dikelola oleh Tim P-DBK, yang melakukan perencanaan dengan baik, pengelolaan pelaksanaan yang baik, perekaman yang baik atas semua peristiwa interaksi dalam Kelas Berbagi, pendistribusian informasi yang baik, serta penerima kritik perbaikan yang baik.

BAB VIII. OPERASIONAL RISET

Pekerjaan atau tugas mendampingi bukanlah hal baru bagi semua Pendamping yang memperoleh tugas langsung dari Menteri Kesehatan, apalagi sebagai petugas di kantor pusat, tugas demikian sering datang dan dilaksanakan hampir setiap saat.

Tetapi menjalankan tugas pendampingan bagi Kabupaten-DBK, dan Pendampingan yang merupakan inti atau kekhususan dari Penanggulangan Kabupaten-DBK, memerlukan : kelengkapan dan kesempurnaan persiapan, kecermatan dan kreativitas dalam pelaksanaan, kejelian dan kecukupan dalam melakukan pencatatan atas dampak yang terjadi akibat setiap aktivitas pendampingan, serta keterbukaan untuk memperoleh *feedback* sebagai bagian dari upaya perbaikan.

Oleh karena itu Pendampingan ini dilengkapi dengan Riset Operasional, suatu Riset yang diharapkan menghasilkan perekaman yang baik atas semua peristiwa Pendampingan, dan akibat-akibat yang ditimbulkannya, dilengkapi dengan analisa-analisa yang memadai, kemudian rekomendasi-rekomendasi perbaikan, bukan saja bagi Pendamping dan proses pendampingan tetapi juga proses-proses yang terjadi pada Kabupaten-DBK, baik sebagai individu maupun tim para pihak yang terkait dalam berjalannya sistem pelayanan kesehatan Daerah.

Perekaman dilakukan secara terencana, dengan alat / *tools* yang adekuat, dilakukan oleh para peneliti yang berpengalaman, dalam kurun waktu yang cukup, dengan niat dan semangat yang tinggi, agar secara representatif semua yang terjadi dapat dirumuskan secara jelas untuk kemudian menjadi acuan bagi pelaksanaan Pendampingan pada Kabupaten lain, disaat lain, melalui program lain.

Itulah jejak yang diharapkan dapat ditinggalkan dari Gerakan Pendampingan Kabupaten-DBK ini.

Pendamping akan melakukan perannya sebagai Pendamping, mengacu kepada Pedoman yang ada, dan Acuan Lain yang melengkapi; dan Periset akan mengikuti seluruh proses pendampingan tanpa ikut serta melakukan pendampingan, mempergunakan tools yang telah didisain dan disepakati untuk dipergunakan dan disempurnakan secara dinamis.

Terdapat berbagai pandangan, yang kemudian didiskusikan secara terus menerus, tentang pola hubungan yang terbaik antara Pendamping, Petugas yang didampingi, dan Periset ini. Siapa yang menjadi Pendamping, siapa Yang Didampingi, dan Bagaimana Posisi Periset; telah dimajukan berbagai usulan, termasuk usulan agar Periset adalah sekaligus Pendamping; tetapi Tim menyepakati untuk memberikan tugas secara khusus kepada Tim yang khusus melakukan Riset ini.

Pada setiap Kabupaten-DBK ditugaskan Satu Tim Periset, yang terdiri dari satu atau dua orang. Kepada Periset diberikan orientasi tentang Penanggulangan Kabupaten-DBK dan Peranan Pendamping, dan Periset mengenali secara baik Tools Riset Operasional ini hingga bagaimana melakukan analisis hasil Riset tersebut.

Berbeda dengan itu, Pendamping Kabupaten-DBK ditugasi tidak untuk setiap Kabupaten-DBK secara menetap, tetapi Tim Pendamping ditetapkan pada tingkat Propinsi-DBK, dan penugasan ke Kabupaten-DBK diatur oleh Ketua Tim Pendamping Propinsi-DBK.

Pengaturan ini juga menjadi bagian dari pengamatan Riset Operasional ini.

Pendamping, secara Tim maupun Individu menjalankan tugasnya sebagaimana Peran yang diberikan oleh Menteri Kesehatan melalui Surat Keputusan Penunjukannya, dan Pedoman yang diberikan kepadanya. Bahwa kemudian Pendamping memperkaya diri dengan berbagai acuan dan pemantapan pelaksanaan pendampingan, itu juga bagian dari yang akan diamati oleh Periset.

Prosedur, dan Tools bagi Periset diberikan dalam pelaksanaan Persiapan bagi Periset.

Pendamping dan Pihak yang didampingi dapat saja mengetahui aspek-aspek yang dicermati Periset, bahkan terdapat Tools-tools tertentu yang diberikan kepada Pendamping dan Pihak Yang Didampingi untuk memperoleh jawaban nyata, agar dari jawaban itu dapat diketahui berbagai hal dalam setiap kondisi, yang akan memberikan gambaran bagi Periset atas perubahan atau perbaikan yang terjadi, perubahan ini diarahkan kepada perubahan yang diharapkan.

BAB IX PENUTUP

Demikianlah, telah diuraikan beberapa hal pokok yang dapat dipergunakan sebagai acuan bagi Pendamping Kabupaten-DBK, secara singkat, mencakup hal-hal yang dinilai penting; meskipun belum mengakomodir seluruh acuan yang dapat dipergunakan oleh Pendamping dalam meningkatkan perannya membantu Kabupaten-DBK untuk meningkatkan Status Kesehatan Masyarakatnya yang tercermin dalam peningkatan IPKM.

Sebagaimana seorang Pendamping, dia bukanlah pelaku utama, tetapi dia adalah pemberi pengaruh utama, agar para pihak yang didampingi memahami setiap tugasnya sebagai bukan saja sekedar mengerjakan perintah-perintah kedinasan, tetapi juga sebagai kegiatan pengabdian yang memuaskan secara batin.

Bahwa setiap kegiatan yang dikerjakan oleh seorang petugas kesehatan memberikan dampak bagi kualitas kehidupan penduduk sasaran pelayanan kesehatan, yang sekaligus pelaku utama kesehatan, pelaku utama hidup sehat, sebagai individu, keluarga dan masyarakat. Bahwa hanya individu yang sehat, keluarga yang sehat, dan masyarakat yang sehat saja yang dapat berkontribusi optimal bagi pembangunan masyarakat, keluarga dan juga individu. Dengan pembangunan itu akan diwujudkan kehidupan yang lebih sejahtera.

Hanya dengan pemahaman demikianlah maka seorang Pendamping akan memancarkan energi positif, yang memberikan resonansi bagi sekelilingnya.

Bahkan dengan menjalankan perannya sebagai Pendamping seorang petugas kantor kementerian kesehatan di pusat telah dapat menyalurkan cita-cita tingginya melayani masyarakat, langsung, sekaligus pada kesempatan lain mempengaruhi proses pengambilan keputusan di tingkat nasional.

Dengan perannya sebagai Pendamping itu telah dapat diserap setiap keadaan di lapangan tempat bertemunya hasil perumusan kebijakan dengan terlaksananya kebijakan, tanpa perantara, tetapi langsung dalam diri seorang Pendamping; untuk kemudian didiskusikan di pusat untuk dijadikan masukan bagi pusat, berupa penguatan kebijakan yang telah tepat, atau koreksi atas kebijakan yang disimpulkan sebagai kurang laik terap.

Sebagai seorang Pendamping, dia adalah Pembelajar, meskipun dalam kesehariannya dia harus tampil sebagai seorang pemberi, yang seharusnya sudah sangat mumpuni dibandingkan mereka yang didampingi; tetapi ketika seorang Pendamping telah berhenti belajar, maka sesungguhnya dia harus berhenti mendampingi.

Begitu juga, menjadikan Pedoman ini sebagai satu-satunya sandaran dan acuan menjalankan peran pentingnya sebagai Pendamping, telah menunjukkan betapa dia telah memulai tugasnya sebagai Pendamping secara tidak adekuat, tidak memadai, tidak selayaknya mensyukuri Peran besarnya sebagai Pendamping.

Harapan kita semua adalah pada waktu-waktu mendatang, dengan bergulirnya waktu dan pelaksanaan pendampingan, setiap Pendamping telah dengan seksama dapat memberikan usulan bagi perbaikan Pedoman ini, bagi pelaksanaan Pendampingan sebagai inti P-DBK di masa datang.

Untuk itu, selamat bekerja sambil memperkuat diri, agar sertiap peristiwa pendampingan adalah peristiwa meningkatnya kualitas pemberian layanan kepada masyatrakat.

Selamat Bekerja.